

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי - חלק המבוטח**

**נא לשלוח לפקס: 6392398 - 03**

מבוטח נכבד,

על מנת לסייע לנו לטפל בתביעתך ולתת לך שירות יעיל ומהיר, נודה לך אם תדאג למלא את הפרטים בטופס זה בכל פנייה. בטופס שני חלקים: חלק א' - נועד למילוי בידי המבוטח, חלק ב' - למילוי בידי הרופא המטפל. אם המבוטח קטין, ימלא את הטופס אחד מהוריו, אך יחתמו שני ההורים. אנא קחו בכל פנייה למטפל או לרופא המקצועי את הטופס הנ"ל ובקשו מהם למלא את החלק המתאים במלואו.

טופס זה אינו מהווה התחייבות לתשלום הניתוח ו/או הכרה בזכאות המבוטח לתשלום כלשהו. יש לצרף לטופס זה מסמכים רפואיים, כולל תולדות מחלה, סיכומי מחלה או תעודות חדר מיון, אם קיימים, קבלות מקוריות וכל מסמך הדרוש לטיפול בתביעה.

אנו מודים לך על שיתוף הפעולה.

1. פרטי המבוטח	שם המשפחה	שם פרטי	מס' ת.ז.	ת. לידה	מס' פוליסה
	רחוב	מס' בית	יישוב	מיקוד	מס' פקס
	שם מקום העבודה	מס' טלפון בעבודה	מס' טלפון בבית	מס' טלפון סולרי	0
	שם מקום העבודה של בן / בת הזוג	מס' טלפון	פרטי סוכן הביטוח: שם פרטי ומשפחה ומס' טלפון	0	0
שם קופת החולים	הסניף	כתובת דוא"ל של המבוטח			
שם הרופא המקצועי המטפל		E.MAIL:			
שם הרופא המשפחה המטפל		שם רופא המשפחה המטפל			
2. ביטוחי בריאות נוספים	האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה למוסד לביטוח לאומי? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
	האם הגשת או בכוונתך להגיש תביעה לגורם כלשהו אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____				
	האם יש לך ביטוח משלים בקופת חולים? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, משנת _____ מסוג _____				
	האם יש לך ביטוח משלים אחר? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____				
	האם יש לך ביטוח כלשהו במקום העבודה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, בחברת _____				
3. פירוט התביעה	<input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין ניתוח שבוצע בבי"ח ציבורי או בבי"ח פרטי במימון קופ"ח או הביטוח המשלים (נוסף על דו"ח הרופא שבטופס זה, יש לצרף דו"ח ניתוח וסיכום מחלה בגין הניתוח שבוצע). <input type="checkbox"/> בקשה לפיצוי בגין מחלה קשה / מוות / אובדן / כושר עבודה כתוצאה מניתוח וכדומה.				
	<input type="checkbox"/> בקשה להחזר הוצאות רפואיות - יש לצרף קבלות מקוריות בלבד (העתקים לא יאושרו) - פירוט				
	תאריך	הסכום ב- ש"ח	פרטי ההוצאה (התייעצות עם רופא, בדיקה, פיזיותרפיה, תרופות וכו')		
4. אופן תשלום התביעה	<input type="checkbox"/> נא להעביר לזכות חשבוני:				
	שם הסניף	מס' הסניף	מס' חשבון		

אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לכל מוסד רפואי, לרבות קופ"ח ובי"ח, עובדיהם, רופאיהם ו/או מי מטעמם ו/או למוסד לביטוח לאומי על עובדיו ו/או למשרד הביטחון ולצה"ל ו/או לרשויות המקומיות ולמשרדי הממשלה על עובדיהם ו/או לחברות ביטוח אחרות על עובדיהם ו/או לקרנות פנסיה ו/או לכל מוסד או גוף או עובד שטיפל בי אישית ו/או טיפל בחומר הנוגע למצב בריאותי ו/או מצוי בידי חומר כזה שהועבר על ידי צד ג' כלשהו למסור ל"כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ" (להלן: "המבקשת") כל מידע רפואי אודותי, מחלות שיש לי בהווה או שהיו לי בעבר, טיפולים שאני מקבל בהווה או קיבלתי בעבר או שאקבל בעתיד ו/או צילומים מדוחות האשפוז שלי ו/או כרטיסי הרפואי ו/או רשימת הרופאים אצלם ביקרתי.

אני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשת ולא תהא לי כל טענה או תביעה מכל סוג שהוא בקשר למסירת מידע זה, כלפי המוסדות ו/או מי מהרופאים ו/או למי מעובדיהם ו/או נותני השירות שלהם.

אני החתום מטה מצהיר בזאת שתשובתי על השאלות הנ"ל הן נכונות ושלמות.

תאריך \_\_\_\_\_ שם משפחה ופרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה **X**

**כלל בריאות חברה לביטוח בע"מ**

**תביעה להחזר הוצאות / לפיצוי - חלק הרופא**  
**נא לשלוח לפקס: 03 - 6392398**

רופא נכבד,  
 על מנת להקל על הטיפול בפניית המבוטח, אנא ענה על כל השאלות שלהלן:

שם המשפחה		שם פרטי		מס' ת.ז.	
1. פרטי המבוטח	המבוטח בטיפול החל מתאריך:		מחלות וליקויים מהם סובל המבוטח		
	שנה	חודש	מתאריך		
2. הטיפול במבוטח	האבחנה הנוכחית:				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
	_____				
המבוטח בטיפול בנוגע לאבחנה זו החל מתאריך -			התלונות / הסימנים למחלה הנוכחית התחילו בתאריך -		
תאונת עבודה <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____					
תאונת דרכים <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרט _____					
שם המשפחה		שם הפרטי		ההתמחות	
0		0		0	
רחוב		מס' בית		יישוב	
0		0		0	
מס' פקס		מיקוד		מס' טלפון סלולרי	
0		0		0	
4. פרטי הרופא					

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימת הרופא  
 \_\_\_\_\_ X וחותמת \_\_\_\_\_